

Aus der Kinderabteilung der Schweizerischen Pflegerinnenschule
in Zürich (Leitender Arzt: Prof. Dr. A. Hotz)

Arbeit unter Leitung von P.-D. Dr. J. Lutz,
Direktor des Kinderpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich

Über Beziehungen der psychischen Symptome beim Herter'schen Infantilismus zu Eltern und Milieu

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät der Universität Zürich

vorgelegt von

Annemarie Früh
von Basel

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. G. Fanconi

Zürich 1949
Buchdruckerei Fluntern
Plattenstrasse 27

Aus der Kinderabteilung der Schweizerischen Pflegerinnenschule
in Zürich (Leitender Arzt: Prof. Dr. A. Hotz)

Arbeit unter Leitung von P.-D. Dr. J. Lutz,
Direktor des Kinderpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich

Über Beziehungen der psychischen Symptome beim Herter'schen Infantilismus zu Eltern und Milieu

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät der Universität Zürich

vorgelegt von

Annemarie Früh

von Basel

Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. G. Fanconi

Zürich 1949
Buchdruckerei Fluntern
Plattenstrasse 27



INHALTSVERZEICHNIS

I.	Einleitung	5
II.	Fragestellung	5
III.	Literatur	6
IV.	Eigene Untersuchungen	9
	A. Das psychische Bild während des akuten Herters	10
	B. Eltern, Milieu, prae- und postmorbide Psyche der Patienten	13
	C. Die einzelnen Fälle	15
V.	Diskussion und Schlussfolgerungen	25
VI.	Zusammenfassung	27
VII.	Literaturverzeichnis	29



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41507215_0013

I. EINLEITUNG

Zum Bild des Herter'schen Infantilismus gehört eine Reihe psychischer Symptome.

Die einen Autoren (*Fanconi, Glanzmann*) sind nun der Auffassung, dass diese psychischen Symptome lediglich als eine sekundäre, reaktive Erscheinung auftreten würden.

Andere Autoren dagegen (*Czerny, Finkelstein, Stolte*) führen das eigenartige psychische Verhalten der Herter-Patienten zurück auf eine konstitutionelle Neuropathie — im Sinne von *Ibrahim*⁴ — die bei der Coeliakie einen wesentlichen aetiologischen Faktor darstellen soll.

Man kann sich noch eine dritte Möglichkeit vorstellen, nämlich, dass diese psychischen Aeusserungen auf einer abnormen charakterlichen Grundlage — ebenfalls im Sinne *Ibrahims* — basieren würden, die ihrerseits aetiologisch bedeutsam für die Herter'sche Krankheit sein könnte.

Der ersten Ansicht entsprechend würden sich diese psychischen Symptome in keine Beziehung bringen lassen zu praemorbiden psychischen Eigentümlichkeiten, und ferner müssten sie sich bald nach erfolgter Heilung wieder völlig verlieren.

Der zweiten Ansicht entsprechend aber müssten die während der Krankheit auftretenden psychischen Verstimmungen auf vorbestandene neuropathische Grundlagen zurückgeführt werden können. Auch müssten diese Grundlagen in der postmorbiden psychischen Entwicklung noch erkennbar sein.

Für die dritte Hypothese würde schliesslich der Nachweis einer abnormen charakterlichen Konstitution bei diesen Kindern sprechen.

Wir kommen daher zu folgender

II. FRAGESTELLUNG

Erstens: Bestehen Beziehungen der im Herter auftretenden psychischen Symptome zu vor und nach der Erkrankung vorliegenden Eigenheiten der Persönlichkeit des Patienten?

Zweitens: Wenn solche Beziehungen vorliegen, erweisen sich diese Patienten in ihrer ganzen Entwicklung als neuropathische oder aber als charakterlich abnorme Persönlichkeiten?

(Was wir unter neuropathischen und charakterlich abnormen Persönlichkeiten verstehen, stellen wir auf Seite 9 und 10 dar).

Um diese Fragen zu beantworten, haben wir folgende

UNTERSUCHUNGEN

durchgeführt:

1. Zunächst haben wir uns mit dem psychischen Bild während des akuten Herters befasst.

Sodann haben wir uns mittels katamnestischer Erhebungen orientiert über

2. den Charakter der nächsten Verwandten,
3. den Charakter des Patienten vor der Erkrankung und
4. die weitere Persönlichkeitsentwicklung nach erfolgter Heilung.

Im Einzelnen haben wir uns dabei der Angaben in den Krankengeschichten und mündlicher Angaben der Oberschwester der Kinderabteilung der Pflegerinnenschule bedient, ferner Besprechungen mit den Eltern der ehemaligen Patienten, mit diesen selbst und zum Teil auch mit ihren Lehrern durchgeführt.

III. LITERATUR

Wir finden mannigfache Schilderungen des psychischen Bildes in der Herter'schen Erkrankung. Wir möchten davon folgende zitieren:

Fanconi (1): «Gewiss sind fast alle Herter-Patienten psycholabil, mürrisch, ausgesprochene Neuropathen mit allen denkbaren Marotten und Unarten.»

Glanzmann (3): «Sehr interessant sind die psychischen Veränderungen der Kinder mit Coeliakie. Es besteht vor Allem ein Mangel an Lebensfreude. Die Kinder nehmen schizoide Charakterhaltungen an. Sie sind in sich gekehrt, scheu, auffallend still, sie schliessen, wenn der Arzt kommt, die Augen und wenden Kopf weg. Erst wenn diese Vogel-Strauss-Politik ohne Erfolg bleibt, kommt es oft zu ausgesprochenen Wutanfällen. Sehr

eigenartig ist die Pedanterie dieser Kinder.» — «Mitunter werden auch unablässig stereotype Bewegungen ausgeführt, wie z. B. Kopfwackeln, Aufschlagen mit den Beinen usw. Die an Coeliakie leidenden Kinder wollen oder können auf der Höhe der Krankheit nicht sprechen, äussern sich nur durch Gesten und durch die Mimik, oder sie sprechen ganz leise und in oft weinerlichem Ton.»

Goebel (5): «Der Gesichtsausdruck ist nie entspannt und kindlich heiter aufgeschlossen, sondern merkwürdig altklug, gereizt oder misslaunig.» — «Die Kinder sind ausnahmslos in ihrem seelischen Verhalten abnorm. Ihre Empfindlichkeit, Reizbarkeit, Launenhaftigkeit oder ihr Eigensinn machen es schwer, sie zufriedenzustellen.»

Kleinschmidt (6): «Regelmässig zeigt sich ein eigenartiges psychisches Verhalten. Bei manchen Kranken konzentriert sich das Interesse ganz auf die Nahrungsaufnahme. Sie sprechen tatsächlich von nichts anderem mehr als von Hunger und Essen.» — «Andere Kinder sind nur mit grosser Mühe zur Nahrungsaufnahme zu bringen, oder das Verhalten wird beim selben Kinde derart gegensätzlich.» — «...Launenhaftigkeit, die die gesamte Umgebung des Kindes in grösste Verlegenheit versetzt. Dazu kommt die hochgradige Verdriesslichkeit des Kindes.»

Zum Problem der Beziehungen zwischen Neuropathie und Aetiologie des Herters finden wir in der Literatur Folgendes:

Fanconi anerkennt diese Beziehung nicht. Er gibt zwar (1) eine konstitutionelle Minderwertigkeit als aetiologischen Faktor an und erwähnt dabei unter «Familienanamnese: Neuropathie, Grauzitität und Kleinwuchs der Eltern fielen in 5 von 50 Fällen stark auf». Zur Neuropathie als Eigentümlichkeit am Patienten äussert er sich aber: «Neuropathie dürfte meistens sekundär sein.» Und an anderer Stelle: «Es ist aber sehr fraglich, ob diese psychischen Störungen primär sind und nicht nur die Folgen der schweren Verdauungsstörung. Auch ist das psychische Verhalten der meisten geheilten Herter-Patienten durchaus normal, ja viele unserer älteren Patienten zeichneten sich geradezu durch ihr braves, folgsames Benehmen aus und waren immer gerne bereit, der Schwester und ihren Mitpatienten zu helfen». «Ferner

äussert sich *Fanconi* (2): «Im Gegensatz zu andern Autoren (*v. A. Czerny*) lehnen wir die Neuropathie als wichtigen aetiologischen Faktor ab. Ist durch die Diät die Darmstörung behoben, so verlieren die meisten Patienten alle neuropathischen Symptome und Unarten, die von den Aerzten so ausführlich beschrieben werden. Sie sind Folgen, nicht Ursachen der Verdauungsinsuffizienz, es sind reaktive Neurosen, wie *Hansen* sich ausdrückt.»

Ebenso betont *Glanzmann* den rein sekundären Charakter der psychischen Verstimmungen, indem er sagt (5): «Das Darmleiden ist das Grundübel. Die Veränderungen der Psyche sind auf dasselbe zurückzuführen, und sie schwinden wieder, wenn es den Kindern besser geht.»

Finkelstein hingegen betrachtet eine neuro-psychopathische Konstitution als Hauptkennzeichen der Coeliakie. Er schreibt (4): «Die mit ihr (der Coeliakie) behafteten Kinder entstammen neuropathisch belasteten Familien und zeigen selbst mannigfache Symptome von Neuropathie.» — Die Hauptkennzeichen des Zustandes sind erstens eine ausgesprochene neuropsychopathische Konstitution, sodann die grosse Labilität des Darmes und des Wasserbestandes dieser Kinder.»

Eine Diskussion unseres Problemes finden wir bei

Kleinschmidt (6): «Zur Pathogenese: *Czerny-Keller* beschuldigen die Neuropathie dieser Kinder, in welchem Sinne in der Tat die Abstammung aus neuropathischen Familien und das eigenartige psychische Verhalten der Kinder spricht. Immerhin könnte man einwenden, dass die psychische Verstimmung in diesen Fällen lediglich die Folge einer primären Darmerkrankung darstellt, dass es sich also hier um eine nebensächliche Begleiterscheinung handelt. Gegen eine solche Auffassung macht *Stolte* geltend, dass das psychische Verhalten bei dieser Krankheit so eigenartig ist, wie wir es bei keiner andern Krankheit sehen.» —

Nach *Kleinschmidt* wäre die zur Annahme der neuropathischen Grundlage von uns gestellte Forderung der Existenz postmorbider neuropathischer Zeichen erfüllt. Er äussert sich nämlich zur Prognose der Coeliakie folgendermassen: «Nervöse Erscheinungen habe ich entgegen *Habluetzel-Weber* auch in den spätern Kinderjahren nie vermisst.»

IV. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

Um uns eindeutig ausdrücken zu können, definieren wir zunächst ein paar Begriffe, die wir immer wieder zu benützen haben:

Charakter ist nach *Birnbaum* die Gesamtheit jener in Form und Richtung variierenden psychischen Aktions- und Reaktionstendenzen, die für die persönliche Stellungnahme des Individuums, speziell für die gefühls- und willensmässige bestimmend und bezeichnend sind. Diese Tendenzen sind während der einzelnen Lebensphasen relativ stabil.

Reaktive psychische Symptome sind (im Rahmen unserer Untersuchungen) Ausserungen der Psyche unserer Patienten, die eindeutig die Antwort auf die krankheitsbedingten Reize darstellen.

Neuropathisch nennt *Ibrahim* ein sensibles, «nervöses» Kind, das Schreckhaftigkeit, geringe Schlaftiefe, habituelles Erbrechen, pseudodyspeptische Stühle, abnorme Erregbarkeit, Labilität des vasomotorischen Systems, Reflexanomalien, Organneurosen, Enuresis und psychisch erhöhte Ermüdbarkeit, Wutanfälle und Trotz zeigt. *Stier* sagt, Neuropathie umfasse die Störungen des phylogenetisch ältesten, bei der Geburt ganz oder fast fertigen elementaren Reflexmechanismus im weitesten Sinne.

Psychopathische Menschen würden nach der Meinung des gleichen Autors im phylogenetisch jüngeren, artkonstanten Trieb- und Instinktleben gestört sein. In Anlehnung an *Schneider*, *Gruhle* u. a. verstehen wir unter ihnen Individuen mit meist vererbten oder früh erworbenen Eigenheiten auf dem Gefühls- und Willensgebiet, die ihre soziale Einordnung stören oder verunmöglichen.

Da die Untersuchung der Eltern unserer Patienten nach den Gesetzen, die heute in der Vererbungsforschung massgebend sind, nicht möglich war und weit über den Rahmen unserer Aufgabe hinausgeführt hätte, verwenden wir die Begriffe Neuropathie und Psychopathie in ähnlichem Sinne, wie sie in den pädiatrischen Lehrbüchern gebraucht werden.

Wir verstehen also unter neuropathischen Menschen solche, wie wir sie soeben unter Bezugnahme auf *Ibrahim* dargestellt

haben. Charakterlich abnorm nennen wir jene, bei denen sich weniger neuropathische Symptome, als sich über Jahre hinweg ziehende abnorme Verhaltensweisen, besonders auf dem Gefühls- und Willensgebiet nachweisen lassen, aus welchen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf eine Psychopathie geschlossen werden darf, besonders wenn noch andere Glieder der Familie in diesem Sinne verändert sind.

Bei unseren Nachuntersuchungen mussten wir uns wohl bewusst sein, dass sich ein Teil der Kinder noch im sogenannten « Trotzalter » befand. Wir hatten also bei der Beurteilung des Charakterbildes zu berücksichtigen, dass einzelne charakterliche Züge, die bei Kindern anderer Altersstufen als auffällig oder abnorm imponieren, für dieses Alter als absolut physiologische Erscheinungen gewertet werden müssen. (Beispiel: Weinerlichkeit, Verstimmtheit, Ablehnung, Trotz). Wir werden uns im Besonderen fragen müssen, ob nicht zum mindesten ein Teil der dem Herter zugeschriebenen affektiven Reaktionen verstärkte Trotzphasenerscheinungen darstellen.

A. Das psychische Bild während des akuten Herters

Von den 58 Kindern, 30 Knaben und 28 Mädchen, die unter der Diagnose einer Herter'schen Krankheit von 1929 bis 1946 in der Pflegerinnenschule behandelt wurden, erreichten wir 20 Kinder, 6 Knaben und 14 Mädchen.

Wir haben die 20 Krankengeschichten einer näheren Betrachtung unterzogen und möchten darüber folgende Angaben machen:

Beim Spitaleintritt hatten ein Alter von

unter 12 Monaten : 3 Kinder

12—24 Monaten : 9 Kinder, und ferner 2 Kinder, die zum 2. Male eintraten.

2—3 Jahren . : 4 Kinder, und ferner 2 Kinder, die zum 2. Male eintraten.

3—4 « : 1 Kind, das zum 3. Male eintrat.

4—5 « : 1 Kind

5—6 « : 1 Kind

6—7 « : 1 Kind

7—8 « : 1 Kind.

Was den Schweregrad der Krankheit betrifft, so befanden sich bei Spitaleintritt im Zustand der

Dekomposition: 1 Kind

Dystrophie hohen Grades: 5 Kinder, und ferner 1 Kind bei seinem 2. Eintritt

Dystrophie mittleren Grades: 5 Kinder, und ferner 1 Kind bei seinem 2. Eintritt

Dystrophie geringen Grades: 7 Kinder, und ferner 1 Kind bei seinem 2., 1 weiteres Kind bei seinem 2. und 3. Eintritt.

Keine oder nur geringste Dystrophie wiesen 2 Kinder auf.

Mehrmalige Spitalaufenthalte machten 4 Kinder durch und zwar 3 Mädchen deren 2, 1 Knabe deren 3.

Die Gesamtdauer des Spitalaufenthaltes betrug:

Unter 2 Monaten : bei 3 Kindern

zwischen 2 und 4 Monaten: « 7 «

zwischen 4 und 6 Monaten: « 2 «

zwischen 6 und 8 Monaten: « 6 «

11 Monate : « 1 Kind

18 Monate : « 1 «

Als Resultat wird angegeben:

geheilt : bei 18 Kindern, davon bei 3 Kindern erst nach dem 2. Aufenthalte

gebessert : bei 1 Kind

ungeheilt : bei 1 Kind.

In den Krankengeschichten und den Aussagen der Oberschwester wurden nun folgende psychische Symptome an unseren Patienten betont:

Launenhaftigkeit, starker Stimmungswechsel: bei 8 Kindern

(Fall 1, 3, 4, 8, 9, 12, 17, 18).

«Marotten», Eigenheiten beim Essen, wie auffallend intensive Beschäftigung mit dem Essen, sehr kapriziöses Verhalten in der Nahrungsaufnahme, Launenhaftigkeit in den Gelüsten, gewohnheitsmässiges willkürliches Erbrechen, Nahrungsverweigerung aus Trotz: bei 8 Kindern

(Fall 1, 2, 11, 12, 13, 14, 18, 20).

Abnorme Gewohnheiten, «Schwierigkeit», Eigenheiten (excl. Essenseigenheiten), wie Zerstörungswut, Selbstbeschädigung, Ausführen stereotyper Bewegungen und unsinniger Handlungen, Ungezogenheit, Unsauberkeit, Unnahbarkeit, anspruchsvolles Verhalten, ausgesprochene Sym- und Antipathien: bei 7 Kindern

(Fall 1, 4, 11, 13, 15, 17, 18).

Trotz, Eigenwille, Eifersucht: bei 7 Kindern

(Fall 4, 5, 6, 8, 11, 18, 20).

Traurigkeit, Scheu, Heimweh: bei 7 Kindern

(Fall 2, 4, 5, 8, 12, 13, 16).

Unzugänglichkeit, Negativität: bei 5 Kindern.

Nervosität, Aufgeregtheit: bei 3 Kindern.

Wir sehen, dass sich bei einer Betrachtung der Charaktere unserer Patienten zwei Gruppen herausheben, und zwar eine depressiv- passive und eine aggressiv-trotzige.

Es erweisen sich als

ausgesprochen depressiv-passiv: 2 Kinder (Fall 5, 12)

angedeutet depressiv-passiv: 3 Kinder (Fall 2, 7, 16)

ausgesprochen aggressiv-trotzig: 6 Kinder (Fall 4, 11, 15,
17, 18, 20)

angedeutet aggressiv-trotzig: 2 Kinder (Fall 1, 6)

Keine besonderen psychischen Verstimmungen und Eigenarten wurden notiert bei 1 Kind (Fall 10).

Wenn wir die psychischen Symptome im Rahmen des Verlaufes betrachten, so kommen wir zu folgender Gruppierung:

a) Vorkommen der Symptome in bleibender Stärke während der ganzen Dauer des Spitalaufenthaltes: bei 6 Fällen (Fall 1, 4, 8, 14, 15, 19).

Bei diesen werden hervorgehoben: abnorme Gewohnheiten, «Eigenheiten», «Marotten» bezüglich des Essens, Unzugänglichkeit, «Schwierigkeit», Trotz, Eigenwille, Launenhaftigkeit, Nervosität.

b) Abklingen, allerdings nicht immer völliges Verschwinden der anfänglich auffälligen Symptome mit Besserung der Krankheit bei 13 Fällen; (Fall 2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 20), bei denen Traurigkeit, Negativität, Trotz, Aufgeregtheit, Heim-

weh, Launenhaftigkeit hervorgehoben wurde. Plötzlicher psychischer Umschlag wird betont bei 1 Kind (Fall 13), das als traurig, scheu, unzugänglich, «schwierig», bezeichnet worden war und nachher lebhaft, «ganz normal» erschien.

Dieser erste Ueberblick zeigt, dass in zwei Dritteln der Fälle die Erscheinungen offenbar stark an die körperliche Krankheit gebunden sind und mit zunehmender Besserung zurücktreten oder gar ganz verschwinden.

B. Eltern, Milieu, prae- und postmorbide Psyche der Patienten

Wir suchten die ehemaligen Patienten in ihrem Elternhause auf und untersuchten sie hinsichtlich der auf Seite 6 angeführten Punkte. Wir bedienten uns dabei eines besonders zu diesem Zwecke aufgestellten Untersuchungsschemas.

Zunächst führen wir einige rein zahlenmässige Ergebnisse an:

Von 20 Patienten fanden wir:

bei den Eltern vorkommende Darmschwäche:	bei 11 Patienten
bei den Eltern vorkommende Neuropathie:	« 12 «
bei den Eltern vorkommende charakterliche	
Abnormitäten:	« 3 «
ungünstiges Milieu (schlechte soziale Ver-	
hältnisse oder spannungsreiches, unhar-	
monisches Familienleben):	« 12 «

Dieser Befund muss auffallen. Als unbelastet und gleichzeitig in sozial günstigem Milieu lebend können wir von den 20 nur 3 Kinder bezeichnen.

Unter den untersuchten Kindern befand sich ein Geschwisterpaar, 3 weitere Kinder hatten je 1 Geschwister mit Herteroid. Als bereits praemorbid psychisch auffällig wurden nur 2 Kinder bezeichnet.

1 Mädchen war von seinem Herter noch nicht völlig geheilt, bei einem weiteren konnte man wegen zu kurzer Zeitspanne noch nicht von sicherer Heilung sprechen.

Von den 18 sichergeheilten Patienten zeigten im Zeitpunkt unserer Untersuchung (1—17 Jahre nach Spitalaustritt):

Darmschwäche	:	11	Patienten
neuropathische Züge	:	7	«
Eigenheiten im Essen	:	9	«
gänzliches, teilweises oder modifiziertes Bestehenbleiben der seinerzeitigen psychischen Symptome im akuten Krankheitsstadium	:	11	«
Zeichen psychischen Infantilismus	:	9	«
Schwererziehbarkeit	:	5	«
Psychopathie	:	3	«
asoziales Verhalten	:	5	«

Körperlich und psychisch unauffällig waren im Zeitpunkt der Untersuchung lediglich 4 Kinder.

Nach *Kleinschmidt* kann sich die Entwicklung in den Pubertätsjahren grundsätzlich ändern. Zu dieser Frage können wir keine Stellung beziehen, da die Mehrzahl unserer Patienten diese Entwicklungsstufe noch nicht erreicht hat.

Diese zahlenmässigen Verhältnisse haben wir einer genaueren Untersuchung unterzogen.

So zeigten sich beim Studium der Frage des Bestehenbleibens der psychischen Symptome über den körperlichen Krankheitszustand hinaus folgende Zusammenhänge:

Dass dieses Bestehenbleiben zu einem guten Teil vom Zustand des Darmes abhängig ist, sehen wir daraus, dass bei 8 von 12 Kindern mit postmorbider Persistenz der psychischen Symptome gleichzeitig noch eine «Darmschwäche» bestand. Also mehr als ein Drittel zeigt eine spurweise Persistenz der körperlichen und psychischen Krankheitssymptome über die «Heilung» hinaus. Von diesen 8 körperlich und psychisch Auffälligen lebten 5 in ungünstigem Milieu. Bei 3 weiteren (nur im Verhalten) auffälligen Kindern wurde ebenfalls die Umwelt als unzuträglich gefunden.

Der Einfluss einer neuropathischen Belastung macht sich in folgenden Beziehungen geltend:

Von 10 Kindern, die während der Krankheit typische Eigenheiten im Essen zeigten, hatten 8 an neuropathischen Zeichen leidende Eltern; von den 9 Kindern, die postmorbide Zeichen psychischen Infantilismus zeigten, waren es deren 7. Hingegen besteht offensichtlich kein Zusammenhang zwischen neuropathischen Symptomen bei den Eltern und Stärke der psychischen Symptome.

C. Die einzelnen Fälle

Bei der Schilderung der einzelnen Fälle nehmen wir bereits eine Gruppierung vor, wie sie unserer Fragestellung entspricht. Auf die meisten Fälle werden wir nur kurz eingehen, einzelne typische oder besonders interessante Fälle werden wir etwas ausführlicher beschreiben.

a) Herter'sche Krankheit bei nicht neuropathischen und charakterlich unauffälligen Kindern

Fall 7: Irma G., 1944.

Kindeselnern: Vater brutal, egoistisch, aufs Essen eingestellt, Alkoholiker. Mutter enttäuscht, empfindlich.

Milieu: abgelegener Bauernhof, viel Streit, düstere Stimmung, grober Ton. Praemorbider Charakter: lieb, ruhig, unauffällig.

Beginn einer schweren Herter'schen Krankheit mit ca. $\frac{1}{2}$ Jahr im Anschluss an Katarrh und akute Dyspepsien bei Pflegemangel.

Psychisches Bild im Herter: lieb, ruhig, weinerlich, depressiv.

Psychische Entwicklung nach der Heilung: liebes, zärtliches, folgsames Kind, in Gegenwart des Vaters scheu und wortkarg, sonst aufgeschlossen, fröhlich.

Fall 9: Trudi L., 1941.

Kindeselnern: beide gesund, lebensfroh, unkompliziert.

Milieu: sozial gute Stellung, harmonisches Familienleben.

Praemorbider Charakter: fröhlich, lieb.

Ausbruch der Herter'schen Krankheit nach einem Klima- und Nahrungswechsel (die Familie zog während des Krieges von Italien in die Schweiz).

Psychisches Bild im Herter: etwas stimmungslabil, sonst entsprechend dem praemorbiden Bild.

Psychische Entwicklung nach der Heilung: lebhaft, unternehmend, fröhlich. Heftige Trotzphase, ohne Bauchbetonung. Infantile Züge (Nägelkauen, Lutschen) scheinen milieubedingt (Eifersucht auf einen kranken Bruder).

Fall 10: Edith M., 1942.

Kindesltern: Vater «ganz Beruf», pedantisch, ernsthaft, nie fröhlich. Isst wenig, erträgt Fett schlecht, neigt zu Durchfällen. Mutter lebhaft, nervös, empfindlich, lebensdurstig, «das Gegenteil des Mannes». Leidet an nervösem Schwitzen.

Milieu: unharmonisch, gespannt. Einzelkind.

Praemorbider Charakter: apathisch, ruhig, fremdend, ablehnend. Allmähliche Entwicklung der Herter'schen Krankheit im 2. Lebenshalbjahr.

Psychisches Bild im Herter: charakterliche Äußerungen, die dem praemorbiden Bild entsprechen, höchstens etwas verstärkte Ablehnung.

Psychische Entwicklung nach der Heilung: zunächst gleiches Bild wie praemorbid. Dann heftige Trotzphase, wohl milieubedingt verstärkt und geprägt. Dabei Bezüge zu Herter: Pedanterie auf dem Teller, schützt bei Angst Bauchweh vor, lutscht infantil, dreht dabei die Locken. Also in den durch die Trotzphase bedingten Schwierigkeiten Anklingen der früheren Darmstörung.

Fall 13: Susi A., 1942.

Kindesltern: Vater starker Neuropath, vor Allem in Bezug auf Magen-Darm. Nervös, empfindlich, launisch. Mutter gesund, unkompliziert.

Milieu: Kleinbauern, ärmliche, doch geordnete Verhältnisse.

Praemorbider Charakter: lebhaft, brav, unauffällig.

Ausbruch der Herter'schen Krankheit im Anschluss an recidivierende akute Dyspepsien, im Alter von 13 Monaten.

Psychisches Bild im Herter: heftige reaktive psychische Symptome wie Ablehnung, Apathie. Dazu eigenartige charakterliche Symptome wie Ausreissen der eigenen Haare, stereotype Ausrufe.

Psychische Entwicklung nach der Heilung: plötzlicher psychischer Umschlag bei der Heilung: wurde munter, fröhlich, «ganz normal» und blieb es bis heute. Heute in Trotzphase, noch langweiliger Esser, sonst aber unkompliziert, lieb, anhänglich.

Fall 14: Louis S., 1936.

Kindesltern: Vater gütig, fröhlich, unkompliziert. Hat sehr empfindlichen Darm. Mutter nervös, lebhaft, klug. Hat neuropathische Herz- und Darmstörungen. Ein Bruder hatte Heteroid.

Milieu: finanzielle Lage schwierig, Mutter arbeitet als Putzfrau. Kinder sind sehr oft sich selbst überlassen.

Praemorbider Charakter: sehr lieber, folgsamer Bub.

Auftreten der Herter'schen Krankheit mit 4 Jahren. nach häufigen Anginen.

Psychisches Bild im Herter: lieb, munter.

Der Knabe ist heute in seiner körperlichen Entwicklung noch sehr im Rückstand, im Darm immer noch empfindlich.

Charakterliche Entwicklung nach der Heilung: lebhaft, verständig, lieb, gesellig, intelligent. Am Essen ganz desinteressiert.

Fall 16: Niklaus E., 1942.

Kindesltern: Vater sehr ernst, pflichtbewusst, immer belehrend. Hat Magen-Darmschwäche. Mutter müde, depressiv, nervös, empfindlich.

Milieu: geordnete Verhältnisse.

Praemorbider Charakter: lebhaft, lieb, sehr sensibel.

Auftreten der Herter'schen Krankheit mit 2 Jahren im Anschluss an akute Dyspepsie,

Psychisches Bild im Herter: starke psychische Symptome rein reaktiver Natur: Weinerlichkeit, Launen, Ablehnung.

Psychische Entwicklung nach der Heilung: die reaktiven psychischen Symptome verloren sich gänzlich. Die heutige Psyche entspricht ganz der praemorbiden und dem Milieu: ernsthaft, zuverlässig, lieb, anhänglich, wissbegierig, empfindsam. Mangelndes Selbstbewusstsein gegenüber andern Kindern bewirkt asoziales Verhalten unter ihnen.

Fall 17: Nina C., 1935.

Kindeseltern: Vater ruhig, fröhlich, «einfaches Gemüt». Mutter temperamentarm, unkompliziert, wenig intelligent. Relativ alte Eltern.

Milieu: kleinbürgerlich, eng, geordnet. Einzelkind.

Praemorbider Charakter: War als Säugling trinkfaul. Kühl, selbständig, unkompliziert.

Auftreten der Herter'schen Krankheit allmählich, mit ca. 3½ Jahren.

Psychische Entwicklung im Herter: aufgereggt, nervös, eigensinnig, launisch. Macht im Spital erzieherisch grosse Schwierigkeiten.

Psychische Entwicklung nach der Heilung: die psychischen Symptome des Herters klingen bald wieder vollständig ab. Heute ruhiges, etwas phlegmatisches, fröhliches, selbstsicheres Mädchen.

Fall 20: Christoph X., 1943:

Kindeseltern: Vater zeigt übertriebene Ängstlichkeit im Essen. Sehr gewissenhaft, pedantisch, schulmeisternd. Mutter lebhaft, nervös, gütig.

Milieu: sehr geordnet und gepflegt. Einzelkind.

Praemorbider Charakter: ruhig, brav, unauffällig.

Ausbruch der Herter'schen Krankheit mit ca. 6 Monaten bei Umstellung auf Gemüsekost.

Psychisches Bild im Herter: etwas trotzig, sonst entsprechend der praemorbiden Psyche.

Psychische Entwicklung nach der Heilung: macht sehr heftige Trotzphase durch, ohne Bauchbetonung, lebhaft, intelligent.

Epikrise:

Bei Fall 10 handelt es sich um ein typisches Trotzphasenkind, bei dem es heute noch nicht entscheidbar ist, zu welcher Gruppe es gehören wird. Sicherlich ist es aber heute weder neuropathisch noch charakterlich abnorm fixiert.

Ueber die übrigen 7 Fälle können wir mit Sicherheit aussagen, dass hier die Herter'sche Krankheit weder auf einer neuropathischen oder einer auffälligen charakterlichen Grundlage basierte, noch dass sie den Charakter der Patienten in seiner Entwicklung wahrnehmbar beeinflusste.

Drei dieser Kinder sind zwar in ihrer Heredität mit Neuropathie belastet, doch weisen sie selbst in ihrer postmorbiden Entwicklung keine Züge auf, die auf Neuropathie schliessen lassen würden.

Bemerkenswert scheint es uns, dass bei 5 von den 8 Fällen dieser Gruppe als wesentlichste aetiologische Momente exogene Faktoren (Infekte, Klimaänderungen) hervorgehoben werden können.

b) Herter'sche Krankheit bei konstitutionell neuropathischen Kindern

Fall 3: Fanny G., 1942.

Kindeselnern: Vater nervös, pedantisch, ohne Verständnis für die Kinder, unbefriedigt im Beruf. Mutter klug, liebevoll, doch übermüdet, nervös, deprimiert. Leidet an «nervöser Hyperacidität», «nervösen» Darmstörungen, Kopfweh, Schwindel. 3 Geschwister sehr nervös, übersensibel.

Milieu: kinderreiche Familie, finanzielle Sorgen. Geburt der Patientin war unerwünscht aus finanziellen Gründen. Spannungen zwischen den Eltern.

Das Kind litt seit der Geburt wiederholt an Dyspepsien. Allmähliche Entwicklung der typischen Herter-Symptome.

War schon vor der Spitalbehandlung immer nervös, apathisch, weinerlich.

Zeigte im Spital weit mildere psychische Symptome als zu Hause, wo sie charakterlich grosse Schwierigkeiten machte.

Nach der Spitalbehandlung: Das Kind leidet heute noch unter gelegentlichen Recidiven seiner Herter'schen Krankheit. Es ist schwererziehbar: nervös, launisch, streitsüchtig, anspruchsvoll, böseartig. Seine Geltungssucht drückt sich im Darne aus: das Kind ist stolz auf seine Krankheit, macht viel Aufhebens davon und beansprucht ihrerwegen Sonderstellung in der Familie. Geistige und psychische Entwicklung rückständig.

Fall 5: Walli I., 1941.

Kindeselnern: Beide sind im Essen sehr «difficile», können nicht viel essen, haben nervöse Magenstörungen, sind im Allgemeinen nervös. 1 Bruder sehr empfindlich, nervös, leidet an Magen-Darmschwäche.

Milieu: harmonisch, gepflegt.

Praemorbider Charakter: sehr sensibel, zärtlich, doch lebhaft, selbständig.

Entwicklung des Herters mit 1½ Jahren, im Anschluss an Furunculosis.

Psychisches Bild im Herter: sehr scheu, starkes Heimweh, lieb.

Postmorbide psychische Entwicklung: Charakter entsprechend dem praemorbiden. Sensibilität reaktiv auf die Krankheit verstärkt, infantile Kompensationen (noch zärtlicher, ausgesprochenes «Muttertutti»). Bei Aufregungen Appetitlosigkeit.

Fall 15: Gusti T., 1943.

Kindeselnern: Vater pedantisch, übertrieben ängstlich für seine und der Kinder Gesundheit. Im Essen sehr «heikel», Feinschmecker. Mutter fröhlich, gütig, unkompliziert. 1 Schwester war mit einem Jahr in Spitalbehandlung wegen Schlafstörungen.

Milieu: geordnet, gepflegt.

Seit der Geburt litt der Knabe wiederholt an Dyspepsien. Entwicklung der typischen Herter-Symptome im 2. Halbjahr. Psychisches Bild im Herter: abweisend, hässig, im Essen sehr eigenwillig, verweigert den Schoppen strikte, will alles eingelöffelt haben. Weist im Spital eigenartige, charakterliche Symptome auf: Bestreicht stundenlang sein Knie mit Speichel, schlägt seinen Kopf an die Wand, bis er Beulen bekommt, zerreisst, zerstört alles, was ihm in die Hände kommt.

Psychische Entwicklung nach der Heilung: Zerstörungswut und Stereotypen verlieren sich bald. Kommt in heftige Trotzphase mit Bauchbetonung: ist im Essen sehr pedantisch (befiehlt sein Menu), verschleckt, launisch. Macht erzieherisch Schwierigkeiten, da sehr egoistisch, trotzig, daneben ängstlich, kindelig. Reagierte mit 3 Jahren auf Schreck mit Stottern, das einige Wochen anhielt.

Epikrise:

Bei Fall 3 müssen wir in der Beurteilung vorsichtig sein. Zweifellos macht das Kind in seinem Verhalten einen neuropathischen Eindruck, doch ist zu berücksichtigen, dass es immer noch unter gelegentlichen Recidiven seines Herters leidet, und dass hier ferner für die charakterliche Entwicklung die ungünstigen Milieufaktoren nicht unwesentlich sind.

Auch die Beurteilung des Falles 15 ist schwierig. Wahrscheinlich ist es zwar, dass es sich hier um ein neuropathisches Kind handelt, doch erscheint es uns heute vor Allem noch als typisches Trotzphasenkind und eine sichere Einreihung in die vorstehende Gruppe ist uns noch nicht erlaubt.

Hingegen ist der Fall 5, sowohl nach seiner Erbanlage, als auch nach seinem postmorbiden Verhalten als typischer Neuropath zu bezeichnen. Andere für den Herter wesentliche aetiologische Faktoren und für die charakterliche Entwicklung bestimmende Umstände treten hier vor der konstitutionellen Neuropathie stark zurück.

c) Herter'sche Krankheit bei charakterlich auffälligen Kindern

Fall 1 und 2: Es handelt sich hier um ein Geschwisterpaar aus der Ostschweiz. Der Vater stammt aus einer körperlich schwächlichen Familie, er selbst leidet an Darmschwäche. Er ist sehr streng, pedantisch, lieblos. Alkoholiker. Sehr wehleidig, «Chlöni». Im Essen grosser «Schneuggi», schlägt Krach, sobald ihm beim Essen etwas nicht passt. Mutter gesund, gütig, den Umständen entsprechend etwas überreizt.

1 Schwester, geb. 1931, starb 1934 an den Folgen einer schweren Herter'schen Krankheit. 1 Bruder ist gesund und psychisch unauffällig. Milieu: unharmonisch, gespannt.

Fall 1: Marta I., 1937.

Praemorbider Charakter: brav, unauffällig.

Allmähliche Entwicklung der Herter'schen Krankheit mit 2 Jahren.

Psychisches Bild im Herter: der Schwere der Krankheit entsprechend starke reaktive psychische Symptome: Hässigkeit, Weinerlichkeit. Charakterlich schwierig, hat ausgesprochene Sym- und Antipathien. Sehr launisch im Essen.

In der körperlichen Entwicklung heute noch stark zurück. Noch bestehende Darmschwäche.

Psychische Entwicklung nach der Heilung: ist im Essen äusserst «heikel», kapriziös (spürt in einem Teller Kartoffeln sofort ein aufgewärmtes Kartoffelstückchen heraus und weist den Teller zurück), launisch in seinen Gelüsten, macht Szenen am Tisch. Ist hypersensibel, uncouragiert, scheu, unselbständig, kindelig. In seiner Wehleidigkeit «ganz der Vater».

Fall 2: Paul I., 1933.

Praemorbider Charakter: brav, unauffällig.

Ausbruch des Herters mit 15 Monaten plötzlich.

Psychisches Bild im Herter: wenige psychische Symptome reaktiver Art wie Missmut, Weinerlichkeit. Wird wählerisch im Essen.

Psychische Entwicklung nach der Heilung: wird ein wehleidiger, wenig couragierter, überempfindlicher Knabe. Im Essen äusserst wählerisch, launisch, macht Szenen, sobald ihm etwas nicht passt. «Chlöni», darin «ganz der Vater».

Fall 4: Noldi T., 1940.

Kindeselter: Vater sensibel, reizbar, «Künstlernatur», «nicht wie andere». Hatte als Kind Darmschwäche. Mutter reizbar, labil, nervös. Hatte als Kind oft Nabelkoliken. Grossmutter mütterlicherseits epileptisch.

Milieu: finanzielle Schwierigkeiten, inkonsequente Erziehung.

Praemorbider Charakter: zeitweise stark fremdend, sonst unauffällig.

Entwicklung der Herter'schen Krankheit allmählich, bei Umstellung auf Gemüsekost.

Psychisches Bild im Herter: starke reaktive psychische Symptome wie Ablehnung, Weinerlichkeit. Vor Allem aber ausgesprochene charakterliche Symptome: ist unsauber, ungezogen, unzugänglich, antisozial.

Psychische Entwicklung nach der Heilung: «chaotisches» Kind, ohne jede Ordnung in sich, asozial, unzuverlässig, aggressiv, respekt- und hemmungslos Allem und Jedem gegenüber, ichbezogen.

Fall 8: Verena I., 1943.

Kindeselter: Vater grob, rücksichtslos, ganz egozentrisch. Mutter unglücklich, nervös, kränklich, neuropathisch, besonders in Bezug auf Magen-Darm. 1 Schwester hatte Herteroid.

Milieu: sehr unharmonisch, gespannt, finanzielle Sorgen.

Praemorbider Charakter: draufgängerisch, kaltblütig, wenig zärtlich, geltungssüchtig, trotzig, egoistisch.

Allmähliche Entwicklung der Herter'schen Krankheit mit ca. 2 Jahren.

Psychisches Bild im Herter: dem praemorbiden entsprechend, etwas verstärkter Trotz.

Psychische Entwicklung nach der Heilung: kaltblütiges, geltungssüchtiges, egoistisches Kind. Charakter lehnt sich ganz an den seines Vaters an, wie es sich schon praemorbid gezeigt hatte.

Fall 11: Nelli K., 1945.

Kindeselnern: Vater gesund, etwas sensibel, sonst unkompliziert. Mutter Geschäftsfrau, schlechte Erzieherin, misstrauisch, schlechter affektiver Rapport. 1 Schwester und 1 Tante der Mutter wegen Schizophrenie interniert.

Milieu nicht sehr gepflegt. Beide Eltern berufstätig, Pflege der Kinder zum grossen Teil dem Dienstmädchen überlassen.

Praemorbider Charakter: schreit viel, fremdet stark, hat ausgesprochene Sym- und Antipathien, lässt sich nur von der Mutter füttern und verweigert jede Nahrung, die mit dem Löffel gegeben wird.

Strikte Verweigerung jeder Nahrung mit ca. 1 Jahr geht den eigentlichen Herter-Symptomen voraus.

Psychisches Bild im Herter: heftige reaktive Symptome wie Ablehnung, Hässigkeit. Dazu zeigt das Kind einen sehr ausgesprochenen Eigenwillen und Böartigkeit. Erinnert im Spital in seinem Gehaben an eine Feer'sche Neurose.

Der Verlauf der Krankheit scheint stark abhängig von des Kindes Psyche (z. B. deutliche Verschlechterung bei Eifersucht). Das Kind ist erst seit wenigen Monaten geheilt. Ist heute etwas weniger ablehnend und hässig, doch immer noch sehr launisch, eigenwillig. Befiehlt sein Menu. Stürzt sich gierig aufs Essen. Eigenartig monotone Sprache, eckiger Gang, pathologischer Ausdruck in den Augen.

Fall 12: Ines S., 1930.

Kindeselnern: Vater ganz egozentrisch, rücksichtslos, materialistisch. Kann sehr grob sein. Uebermässig um seine Gesundheit besorgt. Mutter gutmütig, dumm, wird ausgenutzt. Hatte früher oft Nervenzusammenbrüche.

Milieu: unharmonisch. Einzelkind, wird sehr verwöhnt.

Praemorbider Charakter: unauffällig.

Beginn der Herter'schen Krankheit mit 6 Monaten nach akuter Dyspepsie bei unzweckmässiger Pflege.

Psychisches Bild im Herter: starke reaktive Symptome, die der Schwere der Krankheit entsprechen. Ausser häufigem, willkürlichem Erbrechen keine besonderen charakterlichen Symptome. War bis zum 11. Jahr kränklich, seither gesund.

Psychische Entwicklung nach der Heilung: hat sich zu einem sehr egoistischen, materialistischen, lieblosen, geltungssüchtigen Mädchen entwickelt. Gleicht darin sehr stark dem Vater. Unintelligent, blasiert, asozial. Gelegentliche Nahrungsverweigerung aus Trotz mag ein Nachbezug zum Herter sein.

Epikrise:

Es sind dies 6 Fälle, die alle psychisch hereditär belastet sind.

Fall 1 und 2 zeigen, dass das konstitutionelle Moment in der Aetiologie der Herter'schen Krankheit ohne Zweifel von Bedeutung sein muss: in einer Familie bekommen von 4 Kindern 3 die Herter'sche Krankheit. Die 2 die Coeliakie überlebenden Kinder unterscheiden sich von dem von der Coeliakie verschonten durch ihr teils charakterlich, teils reaktiv abnormes Wesen,

worin sie ganz ihrem Vater gleichen und ihn wohl auch teilweise nachahmen.

Fall 4 zeigt heute — ohne dass irgend welche Rückbezüge zum Herter ersichtlich sind — ausschliesslich Symptome eines wahrscheinlich psychopathischen Charakters.

Fall 8 wies schon vor seiner Erkrankung in seiner psychischen Entwicklung Züge auf, die sich ganz an den Charakter des rücksichtslosen, egozentrischen Vaters anlehnten. Die psychische Entwicklung behielt bis heute diese Richtung bei, ohne dass sie durch die Herter'sche Krankheit beeinflusst scheint.

Bei *Fall 11* ist die seit der Heilung verstrichene Zeit noch zu kurz, um Wesentliches aussagen zu können über die postmorbide psychische Entwicklung. Auch wäre es gewagt, bei einem Kinde dieses Alters bereits die Diagnose einer Psychopathie zu stellen. Es darf aber hier hervorgehoben werden, dass bereits die prae-morbide Psyche des Kindes auffällig war, und dass der Ausbruch und Verlauf des Herters durch den Charakter, speziell durch den Eigensinn des Kindes deutlich beeinflusst scheinen.

Bei *Fall 12* scheint der abnorme Charakter des Mädchens zum grössten Teil anlagebedingt (Vater!) durch die Herter'sche Krankheit höchstens indirekt (im Sinne stärkerer Verwöhnung) beeinflusst.

Mit dem sogleich noch zu besprechenden letzten Falle dieser Gruppe werden es also 7 Fälle sein, die eine auffällige charakterliche Veranlagung aufweisen. Bei der kleinen Zahl von untersuchten Patienten dürfen wir dem relativ hohen Prozentsatz, den diese Gruppe ausmacht, kein zu grosses Gewicht beilegen; immerhin gestattet er uns, auch eine abnorme psychische Veranlagung als aetiologischen Faktor und den Krankheitsverlauf formendes Moment bei der Herter'schen Krankheit zu vermuten, wofür besonders *Fall 11* spricht, und was wir anhand einer eingehenderen Besprechung des letzten Falles dieser Gruppe besonders glauben illustrieren zu können.

Fall 6: Ida B., 1944.

Kindeselter: Vater abnorm herrschsüchtig, tyrannisch, egozentrisch. Interessiert sich nur für seine Familie, ist sonst ganz asozial. Mutter nervös, sensibel, aufgeschlossen. Sie fügt sich der gestrengen Herrschaft ihres Mannes, leidet darunter.

Milieu: eng, voll innerer Spannung.

Praemorbider Charakter: lebhaft, unkompliziert.

Strikte Nahrungsverweigerung mit 7 Monaten geht den eigentlichen Herter-Symptomen voraus.

Psychisches Bild im Herter: eigensinnig, tyrannisch, egoistisch, asozial. Duldet nur seine Schwester um sich, die sich von dem Kinde ganz beherrschen lässt, kümmert sich um kein anderes Kind. Aggressiv-trotzig, «ganz der Vater». Tyrannisiert mit seiner Krankheit seine Mutter, die, von der schweren Pflege erschöpft, sich des Kindes Willen fügt.

Heilung vor anderthalb Jahren schlagartig und ohne Recidiv bisher, seit dem Tage, da die Mutter, von dritter Seite beeinflusst und innerlich aufgerichtet, dem Kinde plötzlich alles zu essen gab, der Krankheit keine besondere Beachtung mehr schenkte und dabei sicher auftrat.

Psychische Entwicklung nach der Heilung: das Kind ist fröhlicher als während der Krankheit. Im Uebrigen hat es den vom Vater erbbedingt und als Nachahmung übernommenen Charakter ganz beibehalten: es ist tyrannisch, selbstsüchtig, asozial, laut.

Interessant ist nun der Vergleich dieses Falles mit der charakterlichen und körperlichen Entwicklung der *Zwillingsschwester dieses Kindes: Christine B., 1944*, (in der Statistik nicht gezählt). Das Kind war von Anfang an ruhiger, scheuer, sensibler als die Schwester, es unterzog sich immer in Allem deren Willen. Einige Monate nach der Erkrankung von Ida bekam Christine ein Herteroid, das in seinem Verlauf ganz als ein schwächerer Abklatsch des Herters der in Allem viel stärkeren Schwester imponierte. Seit dem Tage, da Ida als geheilt betrachtet werden kann, zeigte auch Christine keine herteroiden Symptome mehr.

Seine postmorbide psychische Entwicklung entspricht der praemorbiden: es ist ein scheues, liebes, sensibles, unselbständiges Kind, nicht egoistisch, lässt sich in Allem von der Schwester führen.

d. Dass das psychische Moment in der Aetiologie der Herter'schen Krankheit eine nicht unwesentliche Rolle spielen kann, dafür spricht ferner der Fall eines Mädchens, das zwar weder hereditär eine psychische Belastung, noch praemorbid einen auffälligen Charakter aufwies, bei dem aber die Herter'sche Krankheit deutlich im Anschluss an psychische Traumata — und trotz genau gleicher Ernährung — auftrat.

Fall 19: Trudi W., 1934.

Kindeseltern: Vater gesund, fröhlich, unkompliziert.

Mutter fröhlich, liebevoll, sensibel.

Milieu: sehr gepflegt, grosszügig.

Praemorbider Charakter: lebhaft, froh, unkompliziert.

Ausbruch der Herter'schen Krankheit im Anschluss an psychische Traumata: Verlust der sehr geliebten Kinderfrau, Schuleintritt und baldiger Schul- und Lehrerwechsel, wobei das Kind immer das jüngste in der Klasse war.

Psychisches Bild im Herter: starke Ablehnung, besonders gegen die Mutter, Bössartigkeit, Unfolgsamkeit. Daneben unsicher, ängstlich, voll Minderwertigkeitsgefühle.

Psychische Entwicklung nach der Heilung: die reaktiven psychischen Symptome (Bösartigkeit, Ablehnung) sind ganz verschwunden, es finden sich Zeichen infantiler Kompensationen in Form von starkem Heimweh, grosser Zärtlichkeit. Geblieben sind bis heute die im Herter aufgetretene, wohl aber in den Erlebnissen begründete Ängstlichkeit, Unsicherheit, die Minderwertigkeitsgefühle.

e. Bei einem Fall konnten wir — gleichsam als Gegensatz zu den obigen Fällen — feststellen, wie nun die Herter'sche Krankheit ihrerseits den Charakter des Patienten entscheidend beeinflusste:

Fall 18: Margrit A., 1933.

Kindeselnern: Beide ruhig, gütig, fröhlich, besorgt, gesund.

Milieu: einfach, harmonisch, geordnet.

Praemorbider Charakter: lieb, fröhlich, unkompliziert.

Ausbruch einer sehr schweren Herter'schen Krankheit im Alter von $\frac{3}{4}$ Jahren im Anschluss an schwere Bronchitis.

Psychisches Bild im Herter: reaktive psychische Symptome wie schlechte Laune, Apathie. Dazu starker Eigenwille. Bössartigkeit («z'Leid werche»), Eifersucht. Im Essen sehr launisch, eigenwillig; häufig willkürliches Erbrechen bei völligem Wohlbefinden.

Das Kind ist heute in seiner körperlichen Entwicklung noch stark zurück, es besteht noch eine leichte Darmschwäche. Postmorbide psychische Entwicklung: das Kind wurde charakterlich äusserst schwierig, schwererziehbar, ein Sorgenkind, das in seinem Verhalten ganz aus dem Rahmen der Familie herausfällt. Es ist egozentrisch, lieblos, asozial, sehr launisch, trotzig, selbstbewusst, frech. Im Essen immer noch launisch in seinen Gelüsten, pedantisch in seinen Wünschen. Geistig unterentwickelt, in seinen Spielen und Interessen kindelig und wenig ausdauernd.

Epikrise:

Wir sehen hier, wie eine Herter'sche Krankheit — mit wahrscheinlich vorwiegend exogenen aetiologischen Faktoren — bei einem hereditär unbelasteten, praemorbid unauffälligen Kinde den Charakter nicht nur im akuten Stadium heftig beeinflusste, sondern ihn auch in seiner weiteren Entwicklung in ungünstigem Sinne lenkte. Wir sind in diesem Falle sicher berechtigt, die schweren charakterlichen Störungen, die das Kind aufweist, nicht nur als normale Reaktion auf eine durchgemachte schwere Krankheit aufzufassen, sondern hierin eine tief eingreifende und jetzt schon 12 Jahre anhaltende Einwirkung des Herters in die charakterliche Struktur des Patienten zu sehen.

V. DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Es fanden sich bei unseren Patienten während der Herter'schen Krankheit in hoher Zahl psychische Symptome ganz besonderer Art, im Sinne, wie sie *Glanzmann, Goebel, Kleinschmidt* beschrieben haben, und wie sie keineswegs als gewöhnliche psychische Reaktionen auf körperliches Kranksein gedeutet werden können.

Diese psychischen Aeusserungen schienen in ihrer Art weniger von der charakterlichen Struktur der einzelnen Patienten abzuhängen, als vielmehr für die Herter'sche Krankheit spezifisch zu sein.

Unsere Patienten stammen zum grössten Teil aus Familien, in welchen sich Darmschwäche, neuropathische oder psychopathische Züge finden, oder die in sozial ungünstigen Verhältnissen leben. Besonders liegen bei fast zwei Dritteln neuropathische Zeichen bei den Eltern vor. Diese Zahl ist doch so erheblich, dass man einen Zusammenhang dieses familiären Hintergrundes mit der Herter'schen Krankheit des Kindes nicht übersehen kann. Bemerkenswert ist jedoch, dass nur eines dieser Kinder nach überstandener Krankheit als Neuropath bezeichnet werden musste; zwei weitere Kinder sind allerdings in dieser Richtung verdächtig.

Ein weiterer sehr auffälliger Zusammenhang besteht zwischen «Darmschwäche» in der neuropathischen Elterngeneration (10 von 20) und dem Herter der Kinder. Man darf wohl in diesen Fällen von einer konstitutionellen Betonung des Verdauungstraktus im Sinne eines *locus minoris resistentiae* sprechen, ohne allerdings angeben zu können, wie die Verhältnisse im einzelnen liegen.

Endlich ist noch hinzuweisen auf jenes Drittel unserer Patienten, das auffällt durch ein abnormes Charakterbild psychopathischer Natur; alle sind erblich in diesem Sinne belastet, oder leben mit Eltern zusammen, die aus äusseren Gründen charakterlich deformiert sind. Auch hier kann man eine gewisse Beziehung zwischen familiärer Unterlage und Herter'scher Erkrankung nicht von der Hand weisen.

Bei unseren 20 Patienten besteht gar kein Zweifel darüber, dass sie fast ausnahmslos aus auffälligen Erbkreisen oder schlechtem Milieu stammen. Bei einem einzigen Kinde konnte ein Zusammenhang zwischen einer Reihe belastender Erlebnisse und dem Ausbruch der Coeliakie als wahrscheinlich angenommen werden. Ebenfalls nur bei einem unserer Kinder konnte festgestellt werden, dass bei fehlender erblicher Belastung und in günstigen Umweltsverhältnissen nach der Krankheit die Charakterentwicklung eine ungünstige Richtung eingeschlagen hat.

Die genaue Untersuchung hat ergeben, dass zwar in der Mehrzahl der Fälle die schweren psychischen Symptome weitgehend zurückgetreten sind, dass diese aber in einer überraschend grossen Zahl (12) in milder, angedeuteter oder modifizierter Form noch nachgewiesen werden können.

Unsere Befunde stimmen mit denen *Kleinschmidts* u. a. insofern überein, als auch bei unseren Patienten nach der Spitalentlassung noch keineswegs ein Bild vorlag, das frei von Krankheitssymptomen war. Wir können von unseren Patienten aus nicht beurteilen, ob die Pubertät die Auffälligkeiten verschwinden lassen wird, weil die überwiegende Mehrzahl von ihnen noch vor dieser Entwicklungsphase steht.

Wir können also die eingangs von uns aufgestellten Fragen folgendermassen beantworten:

Die psychischen Symptome im akuten Herter stehen in ihrer Art nicht unbedingt in Beziehung zu vor und nach der Erkrankung vorliegenden Eigenheiten der Persönlichkeit des Patienten, aber ihr Auftreten scheint für die Herter'sche Krankheit spezifisch zu sein.

Hingegen scheint aber die Entwicklung eines Herters bei unseren Patienten — ausser durch a) exogene Faktoren — begünstigt zu werden, durch b) eine neuropathische, c) eine abnorme charakterliche familiäre Grundlage und d) durch ungünstige Umweltfaktoren.

VI. ZUSAMMENFASSUNG

Es wurde ausgegangen von der Frage, ob die psychischen Symptome, die beim Herter'schen Infantilismus auffallen, als rein reaktiv zu werten sind, oder ob sie in Beziehung stehen zu einer konstitutionellen Neuropathie oder aber einer abnormen charakterlichen Grundlage der Patienten.

Zur Beantwortung wurden bei 20 Kindern, die in der Zeit zwischen 1929 und 1946 in der Pflegerinnenschule in Zürich wegen Herter'scher Krankheit hospitalisiert waren, Untersuchungen durchgeführt über:

1. das psychische Bild während des akuten Herters und
2. das Verhalten der Eltern, Milieu, prae- und postmorbide Psyche der Patienten.

Nach der Aufführung einiger rein zahlenmässiger Untersuchungsergebnisse wird ein Ueberblick über die einzelnen Fälle gegeben, wobei folgendermassen gruppiert wurde:

- a) Herter'sche Krankheit bei nicht neuropathischen und charakterlich unauffälligen Kindern (8 Fälle).
- b) Herter'sche Krankheit bei konstitutionell neuropathischen Kindern (1 sicherer, 2 wahrscheinliche Fälle).
- c) Herter'sche Krankheit bei charakterlich auffälligen Kindern (7 Fälle).
- d) Herter'sche Krankheit im Anschluss an psychische Traumata (1 Fall) und
- e) Herter'sche Krankheit, die den Charakter des unbelasteten und praemorbid unauffälligen Patienten entscheidend beeinflusste (1 Fall).

Als Untersuchungsergebnisse können angeführt werden:

1. die psychischen Störungen beim Herter'schen Infantilismus können nicht durchwegs als unspezifisch reaktiv aufgefasst werden. In ihrem Auftreten scheinen sie weniger von der charakterlichen Struktur des Patienten abzuhängen, als vielmehr für die Herter'sche Krankheit spezifisch zu sein.
2. 17 von 20 Patienten stammen von auffälligen Eltern oder aus ungünstigem Milieu.

Insbesondere haben fast zwei Drittel der Fälle neuropathische Eltern. Davon können allerdings nach überstandener Krankheit nur 1 Kind als Neuropath bezeichnet und 2 weitere in dieser Richtung verdächtigt werden.

Ein Drittel der Patienten fällt durch ein abnormes Charakterbild psychopathischer Natur auf. Ihre Eltern erwecken teils den Verdacht auf Psychopathie, teils scheinen sie aus äussern Gründen charakterlich deformiert zu sein.

12 von den 20 Patienten stammen aus ungünstigem Milieu.

Gewisse Beziehungen zwischen

- a) neuropathischen,
- b) charakterlich auffälligen Eltern,
- c) ungünstigen Milieufaktoren

und Herter'scher Erkrankung lassen sich also nicht von der Hand weisen.

Herrn Priv.-Doz. Dr. J. Lutz danke ich auf das herzlichste für die Anregung zu dieser Arbeit und seine wertvolle Unterstützung. Ebenso bin ich Herrn Prof. Dr. A. Hotz zu grossem Dank verpflichtet für die Ueberweisung der Exploranden und sein der Arbeit entgegengebrachtes Interesse.

VII. LITERATURVERZEICHNIS

- 1) *Fanconi, G.*: Der intestinale Infantilismus und ähnliche Formen der chronischen Verdauungsstörung. Abhandlungen aus der Kinderheilkunde und ihren Grenzgebieten. Beihefte zum Jahrbuch der Kinderheilkunde, herausgegeben von A. Czerny. Heft 21, Berlin, 1928.
- 2) *Fanconi, G.*: Zoeliakie. Deutsche Medizinische Wochenschrift No. 44 und 45, 1938.
- 3) *Glanzmann, E.*: Einführung in die Kinderheilkunde. 2. Auflage. Springer-Verlag, Wien, 1946.
- 4) *Feer, E.*: Lehrbuch der Kinderheilkunde. 11. Auflage. Gustav Fischer, Jena, 1934. Abschnitte Finkelstein und Ibrahim.
- 5) *Lehrbuch der Kinderheilkunde*: (Ph. Bamberger, R. Dekovitz, E. Glanzmann, F. Goebel, J. Joachims, W. Keller, E. Rominger, A. Wiskoff). 2. Auflage. Springer-Verlag, Berlin, 1942.
- 6) *Pfaundler und Schlossmann*: Handbuch der Kinderheilkunde. 4. Auflage, 3. Band, F. C. W. Vogel, Berlin, 1931. Abschnitt Kleinschmidt.

CURRICULUM VITAE

Am 29. Juli 1921 wurde ich in Zürich geboren. Die Primarschule besuchte ich in Rüschlikon, das Gymnasium in Zürich (Töchiohterschule), wo ich 1940 mit der eidgenössischen Maturität (Typ A) abschloss. Mit Ausnahme des 4. klinischen Semesters, welches ich in Genf absolvierte, studierte ich an der Universität Zürich, wo ich 1947 das Staatsexamen bestand.

